



Régulations enchevêtrées et dynamique du système sanitaire

Anne Branciard, Pierre Huard

► To cite this version:

Anne Branciard, Pierre Huard. Régulations enchevêtrées et dynamique du système sanitaire. Fifth international conference on system science in health care (Prague ; 92/06-07/29-03), Jun 1992, Prague, République tchèque. pp.954-960. halshs-00124309

HAL Id: halshs-00124309

<https://shs.hal.science/halshs-00124309>

Submitted on 12 Jan 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

REGULATIONS ENCHEVETREES ET DYNAMIQUE DU SYSTEME SANITAIRE

Anne Branciard et Pierre Huard

Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail, CNRS, Aix en Provence

Centre d'Economie de la Santé, Faculté des Sciences Economiques, Université d'Aix-Marseille 2.

Abstract

This paper attempts to develop a model of the dynamics of the health care system. It distinguishes between three sub-systems of relations : the units of production, the sector, and the societal environment. These sub-systems are conceived in terms of the dimensions operative structure, sociostructure, and superstructure. Furthermore, it analyses the processes of convergence and divergence that create the dynamics of the health care system and endows it with instability, risk of "tipping over", and possibility of transformation.

OBJET ET METHODE

L'activité sanitaire est en crise dans de nombreux pays riches, comme en témoigne la multiplication des débats, des interventions et des réformes. Le diagnostic de crise reste cependant symptomatique (croissance des dépenses de santé, problèmes de financement). La présente communication s'efforce de contribuer à un diagnostic étiologique en abordant la question en terme de transformation structurelle d'un système, dans une perspective de type "structuralisme génétique" ou "constructivisme".

Dans cette perspective qui va de Marx à Piaget et Giddens, le système possède trois grandes caractéristiques :

- Le système est une unité complexe ; c'est un ensemble coordonné de composantes différenciées, spécialisées, complémentaires et interdépendantes. Le couple différenciation/coordination définit l'organisation, la structure, et les lois de composition du système.
- Le système, à travers l'ajustement mutuel des composantes en interaction, s'oriente spontanément vers un état de compatibilité, de cohérence, d'unité. Ce mouvement est un processus continu de structuration, d'équilibration, de mise en correspondance, de transformation.
- Le processus d'équilibration produit en même temps une instabilité des relations et le fonctionnement du système finit par engendrer des modifications des conditions de son fonctionnement -incompatibilités, oppositions, contradictions-

qui génèrent une crise et débouchent sur la rupture de la cohérence et une nouvelle configuration du système dotée de nouvelles lois de composition.

L'application de cette démarche à l'activité sanitaire en France permet de disposer d'un modèle grâce auquel on peut faire la synthèse de la littérature très abondante consacrée aux divers aspects du fonctionnement de ce domaine ; on peut en tirer une représentation plus complète et mieux construite de la crise, qui devrait faciliter la prévision et l'intervention [2].

Quant au modèle, il est constitué d'un cadre permettant de décrire les états d'un système et sa dynamique. Ce cadre croise des *niveaux* et des *modalités* [3].

Les niveaux sont hiérarchisés et emboîtés :

- Le *niveau de l'activité* productive proprement dite, de l'unité de production : le médecin et son malade, l'établissement d'hospitalisation,...
- Le *niveau du secteur* qui regroupe l'ensemble des unités concernées directement ou indirectement par la production de soins.
- Le *niveau de l'environnement* sociétal ou de la partie pertinente de cet environnement (par exemple l'économie nationale), au sein duquel le secteur sanitaire est inséré.

Les modalités sont les dimensions significatives que retient l'analyse des processus d'équilibration, de décomposition et de recomposition qui se développent aux trois niveaux et entre les niveaux.

- La *dimension technique* montre que l'état de la connaissance et de la technologie (les solutions disponibles) et les rapports sociaux de production qui correspondent à ces différentes combinaisons de ressources, interviennent dans la structuration interne des niveaux et leur articulation.

- La *dimension sociale* renvoie en particulier aux positions, aux hiérarchies, à l'architecture sociale des relations d'échange et de contrôle des différents acteurs sociaux, et aux logiques d'action et aux politiques dans lesquelles ils sont engagés.

- La *dimension symbolique* renvoie aux aspects de valeurs, de normes, de représentation collective, de culture, d'idéologie, qui accompagnent et conditionnent les fonctionnements et les transformations du système.

CONSTRUCTION ET DYNAMIQUE DU SYSTEME

Ce cadre a été appliqué à différentes phases historiques pour construire des configurations de relations caractérisant la dynamique du système sanitaire, à la fois dans son fonctionnement endogène et dans son articulation avec son environnement sociétal. Nous esquisserons de façon très succincte les principaux traits de cette dynamique, en commentaire des tableaux suivants qui rendent compte du passage d'une activité médicale autonome au 19ème siècle (tableau 1) à un secteur social professionnalisé (tableau 2) qui est actuellement en crise (tableau 3).

Tableau 1

L'activité sanitaire au 19ème siècle-début 20ème siècle (modèle libéral)

	Unités de production	Secteur	Environnement sociétal
Rapports de production	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique généraliste, prédominance du travail dans la combinaison des ressources - Asymétrie d'information, colloque singulier - Relation d'agent imparfaite 	Organisation spontanée	Intérêt particulier/intérêt général ; Pas d'instance de sociabilité intermédiaire
Sociostructure	<ul style="list-style-type: none"> - Indépendance médicale - Autorégulation - Pouvoir normatif : production des hommes comme producteurs 	Début des sociétés mutuelles et des caisses de secours patronales	Genèse des disciplines: évolution des institutions sanitaires vers des fonctions thérapeutiques normalisatrices
Référentiel	Hygiénisme		Libéralisme Propriété Citoyenneté

La dynamique du système sanitaire se caractérise par un double processus, de convergence et de contradiction, entre les dimensions qui composent un niveau et entre les niveaux, qui rythme la séquence de ses différentes phases au fur et à mesure que se développe l'encastrement des unités de production et du secteur dans l'environnement sociétal.

La structuration progressive du secteur sanitaire en France à partir des années 30 s'appuie sur la convergence d'une croissance des capacités quantitatives et qualitatives de la médecine soutenue par le mouvement de modernisation ; et d'une idéologie de libération des besoins sociaux transformés en droits égalitaires d'accès à la santé, à travers un financement socialisé des dépenses et des services collectifs. La montée des effectifs médicaux et leur différenciation, l'émergence d'une forte demande solvable constituée peu à peu en consommation de masse, construisent un secteur qui intègre et encadre les unités de production, et dont la cohérence est maintenue et contrôlée par une profession organisée, hiérarchisée selon des normes de spécialisation et de technicisation congruentes avec la valeur du progrès scientifique. Parallèlement, l'activité médicale s'insère dans un réseau d'interdépendances avec d'autres secteurs (intégration verticale), et le secteur se trouve progressivement encadré dans un environnement englobant formant une "hiérarchie enchevêtrée" ⁽⁴⁾. L'intervention du niveau global contribue à impulser, à travers l'Etat-Providence, le développement du secteur, dont la dynamique apparaît cependant auto-entretenu, parce que la spécialisation, la technicisation, l'innovation, servent aussi de critères de hiérarchisation sociale entre médecins, et entre établissements de soins. Or puisque la nouveauté est, en la matière, soumise à érosion et banalisation, le renouvellement continu devient une logique de fonctionnement du secteur, selon un mécanisme autonome de développement illimité, fondé sur l'interdépendance entre demande, prise en charge financière, et spécialisation médicale.

Tableau 2

Structuration du secteur sanitaire ----->

	Unités de production	Secteur	<i>processus de convergence</i> Environnement sociétal
Rapports de production -	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des spécialisations, effacement du rôle du généraliste - Technicisation des soins - Diversification des interventions - Insertion de l'activité médicale dans un réseau d'interdépendances. - Normalisation des comportements de consommation médicale - Asymétrie d'information, Dépendance accrue des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - Accroissement du nombre des producteurs - Différenciation, complémentarité séquentielle des interventions - Concurrence, concentration, inégalité démographique - Evolution des techniques thérapeutiques - Développement des interrelations avec l'industrie pharmaceutique et l'industrie du génie médical 	<ul style="list-style-type: none"> - Interdépendance croissante entre secteurs.
Sociostructure	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie de prescription - Capacité d'induction de la demande - Formation, qualification - Déontologie - Prise en charge financière : paiement à l'acte, prix de journée hospitalier 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Profession organisée</u> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ socialisation des praticiens • maîtrise du marché du travail • hiérarchie professionnelle - <u>Service public</u> : création de services collectifs - <u>Assurance</u> : Elargissement de la couverture sociale, financement socialisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat-Providence - Assurance, politique sociale compensatoire - Construction d'administrations sanitaires par sédimentation - Pas de contrôle de l'allocation de ressources au secteur sanitaire - Intervention de développement du secteur sanitaire
Référentiel	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Autonomie</u> : efficacité de la prestation - <u>Compétence</u> : qualité scientifique de la réponse aux besoins. - <u>Utilité</u> : accroissement de l'activité médicale - Universalité du savoir médical - Neutralité, objectivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin médical illimité - Progrès scientifique - <u>normes de production de l'élite médicale</u> : innovation, recours aux nouvelles technologies, visibilité sociale des actes. - <u>Utilité</u> : spécialisation de l'activité médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Intérêt général, modernisation économique et sociale</u> : <ul style="list-style-type: none"> • croissance économique, plein emploi • citoyenneté démocratique, transformation des besoins sociaux en droits. - <u>Utilité</u> : expansion de la réponse aux besoins, production et consommation de masse.

Processus de convergence

Tableau 3
Crise du système sanitaire

	Unités de production	Secteur	Environnement sociétal
Rapports de production	<ul style="list-style-type: none"> - Intensification de la pratique - Combinaison de ressources à coûts croissants, standardisation, perfectionnisme - Flexibilité, modes d'exercice particuliers - Augmentation de l'information des usagers, choix du malade, exigence d'autonomie et de participation 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des techniques d'investigation, encastrement du secteur médical dans les secteurs industriels - Médicalisation des problèmes sociaux - Explosion démographique médicale - Complexité structurelle - Complexité fonctionnelle - Constitution de créneaux, intégration horizontale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concurrence entre secteurs - Efficacité relative - Socialisation du contrôle des moyens de production.
Sociostructure	<ul style="list-style-type: none"> - Explosion de la demande - Désajustement normes de production/nonnes de consommation - Surenchère de services - Réduction de l'autonomie des producteurs - Encadrement de l'activité médicale : limitation et définition des actes par la Sécurité Sociale, définition des moyens de traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Effacement de la régulation professionnelle - difficulté du contrôle de socialisation, diversification des statuts des praticiens, rupture de l'unité de la profession médicale - Contention de la démographie médicale - Crise du service public - <u>Assurance</u> : décélération des dépenses de santé, limitations de la couverture de la demande. 	<ul style="list-style-type: none"> - Blocage des négociations administration/professions - Administration par les instances financières, maîtrise des dépenses de santé. - <u>Actions de rationalisation</u> : - évaluation, incitation à l'auto-discipline. - Intervention de limitation du secteur sanitaire
Référentiel	<ul style="list-style-type: none"> - Division du champ des savoirs - Expertise - Efficacité : polyvalence et coordination 	<ul style="list-style-type: none"> - Remise en cause de l'absolutisme du besoin médical, et des normes de production - Obligation de responsabilité économique - <u>Efficacité productive</u> : division technique du travail, extension des champs d'intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt général : - compétitivité, - solidarité, équité, maintien des droits sociaux - <u>Efficacité</u> économique
<i>Processus de convergence</i>			<i>Processus de contradiction</i>

Ce développement, mutuel et cumulatif de la croissance de la demande et de la croissance des capacités sanitaires, et conjointement le fonctionnement du secteur selon ses critères autoréférencés, concourent à la déstabilisation du système. L'explosion démographique des producteurs accélère et renforce la différenciation, qui multiplie et déplace les logiques des différents intervenants professionnels. Le secteur sanitaire devient ainsi un système de production complexe, à la fois dans sa structure organisationnelle, et dans les processus de production médicale fondée sur une variété des tâches, et des degrés de technicité et difficulté (généralistes/spécialistes) qui s'exercent selon différents cadres (hôpital, médecine de ville) et modes d'exercice. Ces renouvellements et déplacements d'acteurs rétroagissent sur la dynamique de leurs interrelations, provoque de la redondance d'activités, des surcapacités, des surcoûts, et les formes de coordination et de hiérarchie supportées par la configuration antérieure du système ne se révèlent plus efficaces pour réguler professionnellement cette complexification.

Par ailleurs, l'imbrication plus grande du secteur sanitaire dans un environnement global lui assigne une finalité qui n'est plus une caractéristique de son organisation, mais relève de la société, et de la contrainte économique à laquelle elle est soumise. Dès le ralentissement de la croissance économique, l'accélération des dépenses de santé est perçue en terme d'inflation sociale, qui entre en concurrence avec les objectifs économiques prioritaires de développement industriel et de compétitivité. L'articulation du sectoriel et du global, leur mise en compatibilité, déplace alors le niveau de régulation à l'environnement sociétal, qui cherche à opérer par des mesures de rationalisation (régulation administrative) une réduction de l'autonomie des producteurs et un "recouvrement" de l'organisation et de la finalité du secteur, à travers l'introduction de la norme d'efficacité ⁽⁵⁾. Les critères d'efficacité de l'activité médicale ne sont en effet plus déterminés par le référent sectoriel (d'ordre médical), qui a perdu de sa force de légitimation, mais deviennent indissociables de la norme d'efficacité économique du référentiel global.

Cependant, cette nouvelle régulation n'assure pas une cohérence complexe du secteur, en terme d'intégration du système ⁽⁶⁾, mais le "désintègre" au contraire (mouvements de décomposition) par la mise en synergie à travers les niveaux de contradictions entre normes sociétales concurrentes (compétitivité/solidarité), entre acteurs sociaux du secteur, et dans les rapports de production (tableau 3). Ainsi, la notion ambiguë d'efficacité sur laquelle s'appuie la régulation administrative, polarise-t-elle les antagonismes entre segments professionnels, selon son degré d'appropriation et son interprétation, et fractionne les modes de pratique : Le secteur s'efface dans son rôle médiateur, en raison de l'éclatement de la profession et de la fragmentation de l'administration sanitaire.

En même temps que s'exacerbent les contradictions, des éléments de recomposition concomitants sont cependant à l'œuvre, à travers des convergences nouvelles entre normes sociétales, référents de certains producteurs, et pratiques. Ainsi, certains groupes professionnels s'approprient-ils la dimension d'efficacité pour renforcer leur intégration sociale par une congruence de leur activité avec l'intérêt général, et modifier l'environnement sociétal.

TRANSFORMATION DU SYSTEME

Cette dialectique des convergences et des contradictions qui engage à la fois une transformation de l'environnement sous l'action du système, et une adaptation contrainte du système à cet environnement, permet d'imaginer deux scénarios alternatifs :

- soit il pourrait y avoir franchissement d'un seuil de la complexité du secteur par une phase de simplification structurelle. Cette rupture engagerait la recomposition, d'une part d'un système sanitaire de fonctionnement concurrentiel, spécifié par les unités de production, par proximité avec des secteurs voisins dans leur environnement (intégration verticale) ; et d'un secteur public régulé administrativement selon une rationalisation des moyens.

- soit la co-évolution des pratiques dans certaines unités de production sanitaires, des rapports sociaux de production, et du référent d'efficacité sociétal, dans des sens convergents, témoignerait de l'émergence, selon une rationalité commune nouvelle fondée sur une autre interprétation de l'efficacité, d'une "régulation enchevêtrée" professionnelle (polyvalence, coordination, coopération des unités de production), publique (interventions selon une conception plus globale de la santé) et sociale (participation des usagers au procès de production). La croissance de l'utilité sectorielle deviendrait alors compatible avec celle de l'utilité totale.

REFERENCES

- ¹ Giddens A. (1976) New rules of sociological method. Hutchinson, London.
- ² Branciard A., Huard P. (1989) Stratégies et contradictions dans le système sanitaire. LEST-CNRS, Aix-en-Provence, Rapport de recherche Programme MiRe CNRS, 147p..
- ³ Fombrun CJ. (1986) Structural dynamics within and between organizations. Administrative Science Quarterly, 31.
- ⁴ Godard O., Salles JM. (1989) Entre nature et société : jeux et enjeux des irréversibilités dans le champ de l'environnement. Colloque Irréversibilités dans les modes de croissance. Paris, EHESS, 21-23 juin 1989.
- ⁵ Branciard A. (1990) Emergence, appropriation, activation d'un référent : la rhétorique de l'efficacité dans la régulation des activités médicales. Actes des IVème journées de Sociologie du Travail, Toulouse, 16-18 mai 1990. Université de Toulouse le Mirail.
- ⁶ Habermas J. (1978) Raison et légitimité. Payot.